

O-7-46

ICUにおけるせん妄の判断基準の統一を目指して

石巻赤十字病院 看護部 ICU・CCU

○後藤 綾花、伊藤紗耶香、渡邊 香織

【はじめに】

ICUにおけるせん妄の発症には、長期的な予後の悪化の報告もあり、予防や発症時の対応が必要と言われている。ICU経験年数に個人差があり、看護師のせん妄への認知度や意識が低く、対応が困難な現状であった。そこで、経験年数に関わらず、統一したせん妄評価を行い、患者個々の病態・発症リスクなども含めたアセスメントツール（以下、ツール）を導入した。その結果、看護師の患者ケアへの意識や身体抑制率の変化が見られたので報告する。
ツールを作成後、勉強会を開催し運用を開始した。平成28年4月から平成29年3月にICUに入院した患者457名を対象にツール導入前後に分けて、ICDSC点数、ライン・ドレーン類の事故抜去件数、身体抑制実施率の集計、看護師へのアンケートを実施した。
【結果・考察】
今回ツールを導入したことで、せん妄発症率の低減効果は示すことはできなかった。しかし、身体抑制の減少、看護師のせん妄に関する知識やケアへの変化などに繋げることができた。身体抑制の実施率はツール導入前後で37%から26.7%、上肢抑制のみの実施件数が46件から26件へ減少している。また、アンケートでは経験年数の少ない看護師が先輩看護師の評価や記録から、アセスメント能力の向上やケア技術の習得ができ、看護師の意識変化が起こっていたことがわかった。これらのことから、ツールを導入したことで、経験年数での評価の相違は少なくなり、統一したアセスメント、評価、対策が図られているのではないかと考える。患者個々の病態、背景を含め捉えられることは、疫学的な視点からリスク要因を確認し、せん妄予防ケアへの意識の向上、そして事前に予測できる臨床力を養う機会になったと考えられる。

O-7-48

クモ膜下出血患者の早期離床シート導入後の離床とADL変化

武蔵野赤十字病院 脳神経外科

○吉野 咲紀、家崎由樹恵、久野ひとみ、猪野 有沙、丹藤とも子、堤 美江

【目的】脳卒中ガイドライン2015には「(前略) 早期の日常生活動作 (ADL) 向上と社会復帰を図るために、十分なリスク管理のもとにできるだけ発症後早期から積極的なリハビリテーションを行なうことが強く勧められる。」とある。A施設SCUでは早期より安全な離床を図ることを目的に、離床状況や多職種の意向等を記載し情報共有できる早期離床シート（以下シート）を作成し2015年7月より使用開始した。シート導入前後での離床の有無を比較するため2016年に脳梗塞患者を対象に研究を行ったところ、シートによる介入の有効性が見出せた。そこで今回、脳血管管縮のリスク管理のためSCUに在室日数が長いクモ膜下出血（以下SAH）患者を対象に調査し、シート導入前後での離床と退院時のADL変化の結果を報告する。【方法】SCUに入室したSAH患者の年齢、性別、在室日数、在院日数、意識レベル（GCS）、グレード（H&K）、SCUに室中の離床と歩行の有無、最終FIM（機能的自立度評価表）、最終FIM評価日、脳血管管縮の有無の変化を2013年9月～2015年2月（シート非使用群）79人と、2015年7月～2016年12月（シート使用群）73人でMann-Whitneyとカイ2乗検定を用いて比較した。倫理的配慮として個人が特定されないようにした。【結果・考察】年齢、性別、在室日数、意識レベル、グレード、最終FIM、脳血管管縮の有無では非使用群と使用群で有意差はなかった。在院日数（P=0.036）、離床（P=0.0001）と歩行件数（P=0.024）、最終FIM評価日（P=0.011）は非使用群と使用群で有意差が認められた。以上より、シートによる介入が離床と歩行に有効であるという結果が得られた。ADL評価として用いたFIMに差が出なかったが、最終FIM評価日に有意差を認めた点から、シートによる介入が在院日数を短縮しADL向上と社会復帰の一助になったと考えられる。

O-7-50

「ありがとうカード」から伝えられた患児・家族の看護師への思い

熊本赤十字病院 看護部 こども2階病棟¹⁾、横浜市立みなと赤十字病院 6B病棟²⁾

○白石 美聡¹⁾、東田友里恵²⁾、小原 温子¹⁾、原浦 幹子¹⁾、小森 瑠巳¹⁾、栗原 豊美¹⁾、中村美智子¹⁾

1 はじめに 緊急入院する患児・家族は、症状や治療、環境の変化などに伴う恐怖・不安を抱えながら入院生活を送っている。短期間の関わりの中で私たち看護師は、患児・家族と十分な関わりが行っているのかというジレンマを抱えている。今回、過去5年間分の「ありがとうカード」を読み返し患児・家族からの看護師への思いを抽出した。その結果、患児・家族に成長や変化をもたらすケアの条件を満たす関わりであったことが明らかになった。2 研究方法 1) 研究デザイン：質的記述的研究デザイン 2) 研究期間：平成28年5月～平成29年2月 3) 対象：平成24年度～28年度に入院した患児・家族が記入した「ありがとうカード」208枚 4) データ収集方法：「ありがとうカード」の中で患児・家族の看護師への思いをカテゴリ化した。3 倫理的配慮：A病棟の看護研究倫理審査会で承認を得た。4 結果 【看護師の援助的行動】と【援助的行動】によって患児・家族に与えられた経験であったことが推測される。【看護師の援助的行動】は5つのサブカテゴリに分類された。【援助的行動】によって患児・家族にもたらされた思い は5つのサブカテゴリに分類された。5 考察 日本小児看護学会が唱える倫理的配慮を大切に看護師の援助が、患児・家族にとってはかけがえのない関わりであった。その為、入院生活の大変な時でさえも「ありがとうカード」を書くほどの影響を与えた経験であったことが推測される。ワトソンはケアを構成する条件として5つを挙げている。援助的行動によってもたらされた意味から当たり前のよう実践している関わりが、ワトソンのいうケアを構成する5つの条件を満たした関わりであることが明らかになった。

O-7-47

術後の初回歩行に対する看護師の判断基準の調査

足利赤十字病院 看護部

○福原美由紀、鈴木 尚美

1 はじめに 術後の初回歩行はどんな判断で独歩可能とするのか、看護師の判断能力が経験年数によって差があるのかを明らかにすることを目的とする。2 研究方法 1) 研究デザイン フォーカスグループを用いた質的研究2) 対象者 術後初回歩行援助の経験のある病棟看護師18名3) データ収集・分析方法看護経験年数10年未満の8名と10年以上の10名の2つのグループに分け、術後初回歩行に対する考え方を自由に話してもらい、ICレコーダーに録音した。収集した会話を逐語録に集約し、カテゴリ化する。3 結果 インタビュー内容の結果、8つのカテゴリに分類できた。（インタビュー中の回数を示す）既往歴（10年以上：10年未満）（3回：0回）、手術の時間、出血量、麻酔の種類（2回：1回）、不穏の有無（1回：0回）、ベッドから室内、廊下と行動範囲を拡大していること（3回：2回）、手すりにつかまり歩行する（1回：0回）カテーテルの取り扱い（13回：8回）、痛みや他の症状がある場合の対処法（7回：5回）、リスク因子（11回：3回） 4 考察 10年未満の群は離床経験が少ないことにより、患者個々の問題点や予測されることなど、全体的にアセスメント量が不足していることが考えられる。10年以上の群は離床前から歩行可能かを判断することができ、離床時に起こりうる症状を予測し転倒リスクについて考え、安全な歩行介助ができている。今まで経験や感覚だけで行うのではなく、根拠を考え看護していくことが必要である。5 結論 10年未満で「既往歴」「手術の時間、出血量、麻酔の種類」「不穏の有無」「カテーテルの取り扱い」が不足していることが分かった。今後学習会に取り上げ、病棟看護師と共有することで転倒の予防とケアの質の向上に繋げていく。

O-7-49

看護補助者による安全な移送－業務基準の策定－

武蔵野赤十字病院 医療安全推進室¹⁾、武蔵野赤十字病院 看護部²⁾

○黒川美知代¹⁾、市石 和美²⁾、小川 圭子²⁾、織田 幸恵²⁾、末永 裕代²⁾、梅野 直美²⁾、若林 稲美²⁾

【背景・目的】急性期の医療現場では看護師の専門性発揮のために看護補助者の効果的活用が望まれている。当院における看護補助者はクラーク・看護助手・介護職員の3職種であり、職務規定では各職種の業務範囲を明確にして看護チームの一員としての役割発揮を推進している。患者の移乗・移送に関わる業務は看護補助者全職種の共通業務であるが、各職種の教育背景の違い等から移送対象となる患者の状態や状況は職種によるバラつきがみられていた。そこで今回、看護補助者による移送の業務基準作成に取り組んだ。
【方法】当院の看護補助者を対象に個人が特定されないよう配慮して患者の移送・移乗業務に関する調査を行った。調査結果ではクラークが医療行為のある患者の移送に関わる人が多い、移送依頼は口頭指示が多い、患者状態に関する情報がない等があった。現状調査の結果および日本看護協会の看護業務基準等を参考として看護補助者による移乗・移送の業務基準を検討した。業務基準には看護補助者は看護の専門的判断を要しない患者の移乗・移送を安全に実施することを目的とし、実践の責務、患者条件、移送を行う看護補助者の条件、看護師と看護補助者の情報共有等について明記した。作成した業務基準は看護部長会での承認を得て策定した。
【結果】看護補助者の移乗・移送業務の業務基準策定により、看護補助者職種間の移送業務のばらつきを解消し共通認識のもと実践できる環境を整えた。業務基準の策定は看護補助者教育の根拠となり得る。
【まとめ】看護補助者が患者の移乗・移送を安全に実践するには、実践場面で依頼する看護師と移送する看護補助者の双方における基準の理解が必要であり、看護チーム全体への周知が課題である。

O-7-51

リアリティオリエンテーション導入後の認知症患者に対する看護師の意識変化

徳島赤十字病院 看護部

○南條 友美、安藝 志帆、森 彩歌、前田美由希、中西 晴美、下込 真里

【目的】急性期病院整形外科病棟（以下A病棟）において看護師が認知症患者の対応に困難感を抱えていることがわかった。先行研究で24時間リアルタイムオリエンテーション（以下RO）を行うことで、認知症患者の不安や混乱を軽減し、さらにスタッフも患者とのよいかかわりの変化がみられたという結果がある。A病棟においてもROを行い、認知症患者の不安や混乱を軽減することが看護師の認知症患者に対する意識の変化をもたらすのではないかと考え本研究を行った。
【方法】対象：A病棟看護師30名、データ収集・分析方法：認知症看護の質評価指標63項目を用いてアンケートを作成した。1回目のアンケートを実施後、ROを取り入れた援助を意識して行ってもらった。3ヶ月後2回目のアンケートを行った。データはRO実施前後で比較し記述統計、t検定を行った。
【倫理的配慮】徳島赤十字病院倫理委員会医療審議部会の承認を受けた後、対象者のアンケートの授受を持って同意を得た。
【結果】すべての項目でRO実施後の平均値は上昇した。t検定の結果、有意水準が認められたのは63項目中16項目であった。
【考察・結論】有意差のみられた16項目中9項目は環境調整についてであった。「環境変化に対応できるよう援助する」「患者特有の生活習慣がある場合、療養生活に反映できるように配慮する」等に有意差があり、ROを行うことで意識的に環境調整できるようになったと考える。また、「拘束時期について検討を行う」「身体拘束がBPSDの要因であることを配慮する」の項目に有意差がみられ、患者の利益を優先した援助を検討し、実施したと推察された。この研究により改めて認知症看護と向き合う機会となった。ROを積極的に行ったことで認知症患者に対する意識変化がみられたと示唆された。